

入会申込書

(正会員 ・ 賛助会員)

長崎県医療ソーシャルワーカー協会の規約に賛同し、入会金及び年会費を添えて入会を申し込みます。

令和 年 月 日
施設名
氏名

長崎県医療ソーシャルワーカー協会長 様

氏名	フリガナ	性別 男 ・ 女
生年月日	(大正 ・ 昭和 ・ 平成) 年 月 日	ソーシャルワーカーとしての経験年数 年
所属施設		
名称:		
所在地: 〒 —		
所属課・係名:		
職名:		
TEL: ()		
FAX: ()		
※FAXによる協会からのお知らせを希望 (する ・ しない)		
E-mail:		
※E-mailによる協会からのお知らせを希望 (する ・ しない)		
お持ちの資格があればご記入下さい。		
備考		

送付先:長崎県医療ソーシャルワーカー協会事務局 姉川病院 地域医療福祉連携課 矢野
〒854-0031 諫早市小野島町2378-2 TEL:(0957)24-3180 FAX:(0957)24-3991
E-mail :msw3@anegawa-hp.or.jp

承認印	
協会長	事務局